



LEISTUNGEN DER KRANKENVERSICHERUNG FÜR VERSICHERTE UND SELBST ZU ZAHLENDE ANGEBOTE

Sozial Versicherte können, wenn sie krank sind, Leistungen in Anspruch nehmen, deren Kosten die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt. Sie hat unter anderem den gesetzlichen Auftrag sicherzustellen, dass ihre Versicherten im Krankheitsfall ambulant ausreichend versorgt werden. Für Behandlungen im Spital sind die Landesgesundheitsfonds der Bundesländer zuständig. Insgesamt wird die Gesundheitsversorgung durch Ihre Versicherungsbeiträge, Ihre Steuern, und Kostenbeiträge (Selbstbehalte) finanziert.

Wer zahlt was?

Die Leistungen der Krankenkasse decken, entsprechend der gesetzlichen Vorgabe, „den Anspruch der Versicherten auf ausreichende und zweckmäßige, das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Krankenbehandlung“ ab (20).

KassenärztInnen behandeln Versicherte auf Basis von Verträgen zwischen den Krankenversicherungen und den Ärztekammern.

Über diese vertraglichen Leistungen hinaus können KassenärztInnen Ihnen zusätzliche Angebote vorschlagen. Diese Angebote werden auch **außervertragliche Leistungen** genannt, weil sie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Die Kosten hierfür müssen Sie selbst tragen. Beispiele für außervertragliche Leistungen sind diagnostische Verfahren wie EKG ohne Krankheitsverdacht, Behandlungsmethoden wie Akupunktur oder auch Produkte, die Sie in Ordinationen kaufen können, wie etwa Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamin- und Mineralpräparate.



In diesem Kapitel informieren wir Sie, wie Sie in Gesprächen mit Ihren ÄrztInnen mit deren Zusatzangeboten umgehen können. Wir informieren Sie, warum diese Angebote nicht zum Leistungskatalog gehören und wie Sie prüfen können, ob diese Angebote trotzdem für Sie sinnvoll sein könnten oder nicht.



Nachfolgend zeigen wir, welche Möglichkeiten für Sie bestehen, Leistungen im Krankheitsfall sowie zusätzliche Angebote von ÄrztInnen in Anspruch zu nehmen und worauf Sie hierbei im Kontakt mit ÄrztInnen achten können.

DIE SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER

In Österreich gibt es 19 Krankenversicherungsträger, 9 Gebietskrankenkassen in den Bundesländern und die bundesweiten Sozialversicherungsträger: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und 6 Betriebskrankenkassen.

Die Krankenversicherungsträger haben unterschiedliche Verträge und unterschiedliche Honorare mit den KassenärztInnen als VertragspartnerInnen vereinbart. Versicherte bei den Gebietskrankenkassen zahlen keinen Behandlungs-kostenbeitrag, aber ein Service-Entgelt für die E-Card. Die Leistungen der jeweiligen Gebietskrankenkassen in den Bundesländern unterscheiden sich jedoch. Versicherte der BVA, SVA, SVB und VAEB haben bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch KassenärztInnen für bestimmte Leistungen Kostenbeteiligungen zu leisten.

Welche Leistungen Sie erhalten, ist abhängig von der Krankenkasse, bei der Sie versichert sind. Sofern Sie Fragen zu Leistungen, berechtigten Ansprüchen und Kostenersatz haben, erkundigen Sie sich direkt bei dem für Sie zuständigen Krankenversicherungsträger. Dort erhalten Sie Aufklärung und Beratung. Alle Sozialversicherungsträger finden Sie auf www.hauptverband.at/kompetentalspatient, Link 35 oder Sie fragen telefonisch beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach, **Tel 01/711 32-0.** **Info**



ÄRZTLICHE ANGEBOTE, DIE KRANKENKASSEN BEZAHLEN

Sie haben das Recht, Ihre behandelnden ÄrztInnen frei zu wählen. Daher können Sie KassenärztInnen aufsuchen, aber auch WahlärztInnen.

Alle ÄrztInnen dürfen laut Ärztegesetz jede Leistung anbieten, für die sie eine Ausbildung haben und die ihrer Fachgruppe entsprechen. Die zulässigen ärztlichen Tätigkeiten sind nicht auf die wissenschaftlich anerkannten Methoden beschränkt (21).

ÄrztInnen wählen Behandlungsmethoden zum Wohl der Kranken nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und ihrer Erfahrung. Sie als PatientIn haben natürlich die Möglichkeit, ÄrztInnen zu wählen, die von Ihnen bevorzugte Behandlungsmethoden anwenden.

KASSENÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

KassenärztInnen haben einen Vertrag mit der Gebietskrankenkasse und/oder mit den bundesweiten Krankenversicherungsträgern wie SVA, BVA, VAEB.

Dieser Vertrag regelt die Leistungen.

Die Krankenversicherungsträger finanzieren in der Regel komplementärmedizinische Methoden nicht, etwa Homöopathie.

Die Verträge verpflichten die KassenärztInnen, Leistungen zu erbringen, die im Leistungskatalog enthalten sind. Sie verrechnen das Behandlungshonorar direkt mit der Krankenversicherung. Die KassenärztInnen dürfen für diese Leistungen von Ihnen keine Zuzahlungen einheben.

WAHLÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Sie haben auch die Möglichkeit, WahlärztInnen in Anspruch zu nehmen.

WahlärztInnen haben keinen Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger.

Sie können daher die erbrachten Leistungen auch nicht direkt mit den Krankenversicherungsträgern verrechnen.

WahlärztInnen stellen Ihnen daher für die Behandlung eine Rechnung aus, die Sie zunächst selbst begleichen müssen. WahlärztInnen können ihr Honorar frei bestimmen. Erfragen Sie daher vor der ärztlichen Behandlung, welche Rechnung Sie zu erwarten haben. Die Rechnung können Sie zur Kostenerstattung dann bei Ihrer Krankenversicherung einreichen.

Als Richtwert dafür, ob die genannten Honorare auch angemessen sind, können Sie die unverbindlichen Empfehlungstarife der Ärztekammern in den Bundesländern sowie der Österreichischen Ärztekammer heranziehen. Sie können



hierfür die in Ihrem Bundesland zuständige Ärztekammer kontaktieren oder die Webseite der Österreichischen Ärztekammer aufrufen: www.hauptverband.at/ kompetentalspatient, Link 36

! *Rückerstattung der Kosten von WahlärztInnen*

Nur für vertragliche Leistungen, die von den Krankenversicherungsträgern finanziert werden, haben Sie Anspruch auf Kostenerstattung. Achten Sie daher darauf, dass die erbrachten Leistungen möglichst detailliert und einzeln auf der Rechnung angeführt sind. Reine Pauschalrechnungen sind für Sie von finanziellem Nachteil.

Ihren Antrag auf Kostenerstattung übermitteln Sie persönlich oder per Post an den für Sie zuständigen Krankenversicherungsträger. Grundsätzlich genügt hierbei der formlose Hinweis, dass Sie Kostenerstattung beantragen.

Legen Sie diesem Antrag die Rechnung sowie eine Zahlungsbestätigung bei. Geben Sie auch Ihre Sozialversicherungsnummer und Anschrift sowie Ihre Kontodaten an. Sofern für die erbrachte Leistung eine chefärztliche Bewilligung einzuholen war, ist auch diese zu übermitteln. Um Honorare von FachärztInnen für Radiologie, Pathologie und Labormedizin erstattet zu bekommen, ist die Überweisung einer Ärztin oder eines Arztes für Allgemeinmedizin beizulegen.

Die Höhe des Rückerstattungsbetrages ist gesetzlich festgelegt. Sie erhalten 80 Prozent des Betrages ausbezahlt, den KassenärztInnen für die idente Leistung erhalten hätten. Die Krankenversicherungen orientieren sich dabei an den vereinbarten Honorarordnungen.



ÄRZTLICHE ANGEBOTE, DIE SIE SELBST BEZAHLEN

Indem Sie die E-Card in einer Kassenordination vorlegen, drücken Sie den Wunsch aus, nach dem Vertrag Ihres Krankenversicherungsträgers behandelt zu werden.

ÄrztInnen können Ihnen darüber hinaus Angebote machen, die im jeweiligen Leistungskatalog nicht enthalten sind. Sie werden auch als außervertragliche Leistungen bezeichnet.

PatientInnen erleben immer häufiger, dass KassenärztInnen ihnen Diagnosemethoden und Behandlungen anbieten, die außerhalb des Leistungskataloges liegen. Darauf müssen die KassenärztInnen allerdings besonders aufmerksam machen.

Wenn Sie erwägen, ein solches Angebot in Anspruch zu nehmen, prüfen Sie, ob Sie es für notwendig und begründet halten. Stichworte wie „Ihrer Gesundheit zuliebe“ oder „für noch mehr Sicherheit“ bewegen manche PatientInnen, sich für diese Angebote zu entscheiden, obwohl sie sie selbst bezahlen müssen. Denn die Ärztin oder der Arzt verrechnet dafür ein Privathonorar. Diese Angebote sind aber nicht immer medizinisch sinnvoll oder notwendig. Sie sind auch in der Regel nicht dringend, so dass Sie sie nicht sofort in Anspruch nehmen müssen. Sie haben also Zeit abzuwägen.

Es kann auch sein, dass Sie selbst ein diagnostisches Verfahren oder eine Behandlungsmethode wünschen, die Sie selbst zahlen müssen. In diesem Fall muss die Ärztin oder der Arzt Sie informieren, dass dies nicht von Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt ist (22, 23).



Ihre Entscheidung

Lassen Sie sich erklären, warum für die Behandlung Ihrer Beschwerden nicht jene Leistungen ausreichen, die im vereinbarten Leistungskatalog stehen. Lassen Sie sich auch erklären, was der mögliche Nutzen und der mögliche Schaden einer bestimmten zusätzlich angebotenen Diagnostik oder Behandlungsmethode sind.

Bitte Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt, Sie ausführlich und sachlich zu beraten – und lassen Sie sich nicht unter Druck setzen. Seien Sie vorsichtig, wenn Sie keine überzeugende Begründung für das Angebot erhalten. Bedenken Sie, dass eine Bewerbung von Angeboten unter Marketing fällt. Das reicht als seriöse Begründung einer Maßnahme nicht aus.

Die Entscheidung, ein Angebot in Anspruch zu nehmen oder nicht, treffen Sie. Sie haben also die Möglichkeit, nach Aufklärung dem ärztlichen Vorschlag zuzustimmen. Sie haben aber auch das Recht, sich gegen ein spezifisches Angebot zu entscheiden.

Wenn Sie dem Vorschlag zu einem Angebot zustimmen, das Sie selbst zahlen müssen, gehen Sie einen privaten Vertrag mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt als PrivatanbieterIn von Leistungen ein. Deshalb ist es für Sie besonders wichtig zu prüfen, welchen zusätzlichen Nutzen oder Schaden Sie von dem Angebot haben könnten. Die Checkliste „Selbst zu zahlende Angebote – ja oder nein?“ auf Seite 63 hilft Ihnen, sich für oder gegen ein Angebot zu entscheiden.

VERKAUF VON PRODUKTEN IN ÄRZTLICHEN ORDINATIONEN

In manchen Ordinationen werden nicht nur ärztliche Leistungen erbracht. Auch bestimmte Produkte werden PatientInnen zum Kauf angeboten. Dies kann von Kosmetika bei FachärztInnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten über Kontaktlinsen bei AugenärztInnen bis hin zu Nahrungsergänzungsmitteln bei ÄrztInnen für Allgemeinmedizin reichen.

Um derartige Produkte in einer Ordination verkaufen zu dürfen, brauchen



ÄrztInnen eine Gewerbeberechtigung. Bedenken Sie, dass hier ÄrztInnen als freie UnternehmerInnen mit Verkaufsinteresse tätig sind (24). Ihre Entscheidung als KonsumentIn ist es, solche Waren zu kaufen oder sie nicht zu kaufen. Auch Preisvergleiche sind wie immer sinnvoll.

KOMPLEMENTÄRE MEDIZIN

Unter komplementärmedizinischen Heilverfahren werden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verstanden, die in der Regel wissenschaftlich nicht anerkannt sind. Dazu zählen etwa Laserakupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie. Das Ärztegesetz regelt, dass ÄrztInnen generell angehalten sind, primär schulmedizinische – wissenschaftlich anerkannte – Behandlungsmethoden anzuwenden. Wenn Sie KassenärztInnen aufsuchen, dürfen Sie daher solche erwarten.

Die Abgrenzung zwischen Schulmedizin und Komplementärmedizin ist mitunter schwierig. Es existiert daher weder eine „Liste“ von schulmedizinischen noch von komplementärmedizinischen Leistungen. Die Honorarordnungen werden laufend weiterentwickelt, indem neue geprüfte Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog aufgenommen werden.

Sowohl WahlärztInnen als auch KassenärztInnen können komplementärmedizinische Behandlungsmethoden anbieten. Sie sind aber verpflichtet, ihre PatientInnen zu informieren, wenn eine vorgeschlagene Behandlungsmethode wissenschaftlich nicht anerkannt ist (25). Für diese Behandlungsmethoden hat die gesetzliche Krankenversicherung grundsätzlich keine Leistungspflicht. Sie muss also auch nicht die Kosten übernehmen.



Hinterfragen Sie, warum Ihre Ärztin oder Ihr Arzt gerade diese Art der komplementärmedizinischen Behandlung durchführen will. Derartige Methoden sind nicht immer zielführend und notwendig und müssen zudem von Ihnen privat bezahlt werden. Lassen Sie sich daher die Vor- und Nachteile im Vergleich zum schulmedizinischen Vorgehen genau erklären und wägen Sie sorgfältig ab. Wenn die Erklärung Sie nicht überzeugt, informieren Sie sich über weitere Möglichkeiten.



ÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN, DIE KEINE KRANKENBEHANDLUNG DARSTELLEN

Die sozialen Krankenversicherungsträger haben die Aufgabe, eine ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung zu gewährleisten. Leistungen, die bereits von vornherein nicht der Krankenbehandlung dienen, müssen Sie daher immer privat bezahlen. Auch ein Rückersatz durch den zuständigen Krankenversicherungsträger ist aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht möglich.

Zu derartigen ärztlichen Tätigkeiten zählen unter anderem:

- Führerscheinuntersuchungen
- Pflegefreistellungsbestätigungen
- PatientInnenverfügungen
- Reise prophylaxe und Reiseimpfungen
- Medizinische Atteste für Schule und DienstgeberIn
- Medizinische Atteste für private Versicherungen
- sowie sonstige medizinische Atteste zu privaten Zwecken

Kosmetische Behandlungen gelten nur dann als Krankenbehandlungen, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände von Versicherten dienen. Für medizinisch nicht notwendige Schönheitsoperationen gibt es seit Anfang 2013 umfassende Regelungen (ÄsthOPG) (26).



Information für Ihre Entscheidung

Unabhängige und evidenzbasierte Informationen zu Nutzen und Schaden von Diagnosemethoden und Therapieverfahren bei bestimmten Erkrankungen auf Gesundheitsinformation.de,

www.hauptverband.at/kompetentalspatient, Link 37

Stiftung Warentest hat die wichtigsten derzeit in Deutschland und Österreich angebotenen Tests zur Krebsfrüherkennung wissenschaftlich überprüfen lassen,

www.hauptverband.at/kompetentalspatient, Link 38

Welchen Nutzen bringt ein bestimmtes, selbst zu zahlendes Angebot, eine bestimmte Methode der Früherkennung, der Vorsorge, der Diagnostik oder Behandlung? Antworten finden Sie auf zwei deutschen Websites:

www.hauptverband.at/kompetentalspatient, Link 39, 40





SELBST ZU ZAHLENDE ANGEBOTE – JA ODER NEIN?

Mit der folgenden Checkliste können Sie prüfen, ob ein konkretes selbst zu zahlendes Angebot für Sie nützlich sein könnte. Können Sie häufig Ja ankreuzen, sind Sie von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt gut beraten worden (5).

1. Hat mir meine Ärztin erklärt, warum ein selbst zu zahlendes Angebot für mein spezielles gesundheitliches Problem sinnvoll ist?
 Ja Nein
2. Hat mich mein Arzt darüber informiert, wie gut nachgewiesen der Nutzen des selbst zu zahlenden Angebotes ist?
 Ja Nein
3. Fühle ich mich von meiner Ärztin umfassend und verständlich über den Nutzen und mögliche Risiken und Nebenwirkungen des selbst zu zahlenden Angebotes beraten?
 Ja Nein
4. Bin ich von meinem Arzt sachlich, ohne Drängen und ohne anpreisende Werbung informiert worden?
 Ja Nein
5. Bin ich von meiner Ärztin über die Kosten informiert worden?
 Ja Nein
6. Gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen meinem Arzt und mir zum geplanten selbst zu zahlenden Angebot?
 Ja Nein
7. Habe ich in der Ordination eine Entscheidungshilfe (siehe Kasten S. 19) zu dem selbst zu zahlenden Angebot bekommen?
 Ja Nein
8. Habe ich das Gefühl, dass ich mich für oder gegen ein von der Ärztin vorgeschlagenes selbst zu zahlendes Angebot frei entscheiden kann?
 Ja Nein
9. Nach der Behandlung: Habe ich eine nachvollziehbare, detaillierte Rechnung erhalten?
 Ja Nein

